



ČESKÁ REPUBLIKA
ROZSUDEK
JMÉNEM REPUBLIKY

Městský soud v Praze rozhodl soudcem Mgr. Kamilem Tojnerem v právní věci

žalobce: D. G.,
bytem ,

proti
žalované: Česká správa sociálního zabezpečení,
Křížová 1292/25, Praha 5,

o žalobě proti rozhodnutí žalované ze dne 15. 12. 2022, č. j. X,

takto:

I. Žaloba se zamítá.

II. Žádný z účastníků nemá právo na náhradu nákladů řízení.

Odůvodnění:

1. Žalobce se domáhá zrušení v záhlaví uvedeného rozhodnutí žalované, kterým byly zamítnuty jeho námitky proti rozhodnutí žalované ze dne 21. 7. 2022, č. j. X ze dne 21. 7. 2022, které bylo potvrzeno a kterým byla zamítnuta žádost žalobce o zvýšení invalidního důchodu z důvodu zhoršení zdravotního stavu.
2. Žalobce v žalobě uvedl, že nesouhlasí s posouzením svého zdravotního stavu. Posudkoví lékaři jednali dle něj v rozporu s vyhláškou č. 359/2009 Sb., o posuzování invalidity (dále jen

Shodu s prvopisem potvrzuje: Z. F.

„vyhláška o posuzování invalidity“ nebo též „vyhláška“), konkrétně proti kapitole IX, oddílu A, písmenu 1c) - dušnost úrovně NYHA III, kapitole IV, písmenu 17c) - plicní emfyzém, kapitole I, písmenu 4c) - meningoencefalitida s doživotními následky. Všechna tato onemocnění byla doložena lékařskými zprávami. Posudkoví lékaři opakovaně zlehčují dopad těchto onemocnění, dušnosti přikládají nejasný původ, a tak není zohledněna, plicní emfyzém neuznávají, přestože je žalobce endokrinologický pacient, encefalitidu ignorují úplně. Rozhodnutí o invaliditě v prvním stupni považuje žalobce za nedostatečné, neodpovídající realitě, požaduje navrácení původně přiznané invalidity ve třetím stupni. Kvůli zdravotnímu stavu je neustále perzekuován v zaměstnání. Po pracovním úraze byl kvůli invaliditě propuštěn z původního zaměstnání, poté byl kvůli ztrátě invalidity znovu omezován hrozbou ztráty zaměstnání určeného pro OZP. V podání ze dne 11. 8. 2023 a 14. 8. 2023 žalobce zopakoval svůj nesouhlas s posouzením.

3. Žalovaná navrhla zamítnutí žaloby. Napadené rozhodnutí bylo vydáno na podkladě lékařského posudku ze dne 31. 10. 2022, který podle názoru žalované splňuje požadavek úplnosti, celistvosti a přesvědčivosti, a který se vypořádává se všemi rozhodujícími skutečnostmi, kdy tento lékař jednoznačně vymezil rozhodující příčinu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu žalobce. Posudek Posudkové komise MPSV ČR v Praze ze dne 8. 8. 2023 dospěl ohledně posouzení zdravotního stavu žalobce ke stejným závěrům.
4. V podání ze dne 1. 10. 2023 žalobce uvedl, že od roku 2019 podává správní žaloby, předkládá důkazy a lékařské zprávy, stát již jednou uznal oprávněnost jeho nároku. Vše je jasně popsáno v lékařských zprávách. Dle žalobce je zjevné, že na základě stejných lékařských zpráv dospěl každý lékař k jinému závěru. Lékařský posudek sice splňuje požadavek úplnosti, celistvosti a přesvědčivosti, ale je vzhledem k zákonům České republiky lživý.
5. Ze správního spisu soud zjistil tyto pro řízení podstatné skutečnosti.
6. Dne 9. 2. 2022 požádal žalobce o změnu výše invalidního důchodu z důvodu zhoršení zdravotního stavu.
7. Rozhodnutím žalované ze dne 21. 7. 2022 č. j. X, bylo konstatováno, že žalobci nadále náleží invalidní důchod pro invaliditu prvního stupně.
8. Dle posudku o invaliditě z námitkového řízení ze dne 31. 10. 2022, č. j. LPS/2022/988-NR-STC_CSSZ, bylo rozhodující příčinou dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu žalobce zdravotní postižení dle kapitoly VI, položky 5b) přílohy k vyhlášce. Míra poklesu pracovní schopnosti byla stanovena 40 %.
9. Napadeným rozhodnutím bylo prvostupňové rozhodnutí potvrzeno.
10. Městský soud v Praze přezkoumal dle § 75 zákona č. 150/2002 Sb., soudní řád správní, ve znění pozdějších předpisů, (dále jen „s. ř. s.“) napadené rozhodnutí a jemu předcházející řízení v mezích uplatněných žalobních bodů a vycházel ze skutkového a právního stavu, který tu byl v době rozhodování správního orgánu.
11. Při soudním jednání dne 18. 4. 2024 žalobce předložil vyjádření, ve kterém uvedl, že v roce 2017 utrpěl pracovní úraz, který vyústil v operaci srdce. Stejně jako úraz z dřívější doby – opakované proražení plic v letech 1995 – 1997, nebyl žalobci úraz uznán pojišťovnou ani zaměstnavatelem. Žalobci byl následně přiznán invalidní důchod pro třetí stupeň invalidity a status ZTP. V roce 2019 mu byla invalidita zcela odebrána, přestože nedošlo ke zlepšení jeho zdravotního stavu, ale bylo mu naopak diagnostikováno další závažné onemocnění, a to těžká spánková apnoe. Podal protest proti rozhodnutí žalované, v řízení o námitkách byl

Shodu s prvopisem potvrzuje: Z. F.

uznán invalidním pouze v prvním stupni bez nároku na ZTP. Ostatní nemoci byly z nepochopitelného důvodu vyřazeny jako posudkově nevýznamné. Opakovaně proto podával správní žaloby z důvodu porušování vyhlášky o posuzování invalidity. Žalovaná a posudková komise podle žalobce ze svých zpráv vypouští či záměrně snižují dopad onemocnění popsaného v kapitole IX, oddílu A, položce 1c) přílohy k vyhlášce – dušnost úrovně NYHA III = 50 – 60% ztráta pracovní schopnosti – původní diagnóza pro invaliditu třetího stupně, která trvá, kapitole IV, položce 17c) přílohy k vyhlášce – plicní emfyzém = 60 – 70% ztráta pracovní schopnosti, kapitole VI, položce 7c) přílohy k vyhlášce – trvalé následky po encefalitidě = 30 – 80% ztráta pracovní schopnosti. Tyto diagnózy doložené lékařskými zprávami byly dle žalobce v rozporu s vyhláškou hodnoceny jako posudkově nevýznamné či nejasné etiologie. Žalobce dále uvedl, že požaduje zpětné přiznání invalidity třetího stupně a statusu ZTP, a to trvale, protože se dle něj jeho zdravotní stav již nikdy nezlepší a bude s jen zhoršovat. Prozatím mu byl trvale přiznán status TP, který ale nijak neřeší jeho zdravotní, finanční a sociální situaci. Výše ztráty pracovní schopnosti je podle žalobce na základě diagnózy jeho onemocnění nezpochybnitelná. Zároveň požaduje doplacení důchodu k datu, kdy mu byl odebrán – podzim 2019. Žalobce poukázal dále na to, že byl jako těžce zdravotně postižený propuštěn ze zaměstnání z důvodu ztráty zdravotní způsobilosti. Našel si proto práci vhodnou pro tělesně postižené, nicméně po ztrátě statusu ZTP byl opět propuštěn. Tento status nebyl žalobci opět prodloužen a nebyl mu přiznán příspěvek na mobilitu.

12. Soud vyšel z následujících právních předpisů.
13. Podle § 39 odst. 1 zákona č. 155/1995 Sb. o důchodovém pojištění (dále jen „ZDP“) *pojištěnec je invalidní, jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu nastal pokles jeho pracovní schopnosti nejméně o 35 %.*
14. Podle § 39 odst. 2 ZDP *jestliže pracovní schopnost pojištěnce poklesla a) nejméně o 35 %, avšak nejvíce o 49 %, jedná se o invaliditu prvního stupně, b) nejméně o 50 %, avšak nejvíce o 69 %, jedná se o invaliditu druhého stupně, c) nejméně o 70 %, jedná se o invaliditu třetího stupně.*
15. Podle § 39 odst. 3 ZDP *pracovní schopností se rozumí schopnost pojištěnce vykonávat výdělečnou činnost odpovídající jeho tělesným, smyslovým a duševním schopnostem, s přihlédnutím k dosaženému vzdělání, zkušenostem a znalostem a předchozím výdělečným činnostem. Poklesem pracovní schopnosti se rozumí pokles schopnosti vykonávat výdělečnou činnost v důsledku omezení tělesných, smyslových a duševních schopností ve srovnání se stavem, který byl u pojištěnce před vznikem dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu.*
16. Podle § 39 odst. 4 ZDP *při určování poklesu pracovní schopnosti se vychází ze zdravotního stavu pojištěnce doloženého výsledky funkčních vyšetření; přitom se bere v úvahu, a) zda jde o zdravotní postižení trvale ovlivňující pracovní schopnost, b) zda se jedná o stabilizovaný zdravotní stav, c) zda a jak je pojištěnec na své zdravotní postižení adaptován, d) schopnost rekvalifikace pojištěnce na jiný druh výdělečné činnosti, než dosud vykonával, e) schopnost využití zachované pracovní schopnosti v případě poklesu pracovní schopnosti nejméně o 35 % a nejvíce o 69 %, f) v případě poklesu pracovní schopnosti nejméně o 70 % též to, zda je pojištěnec schopen výdělečné činnosti za zcela mimořádných podmínek.*
17. Pod kapitolu VI přílohy k vyhlášce o posuzování invalidity se řadí postižení nervové soustavy. Uplatní se tato posudková hlediska: *„Při hodnocení míry poklesu pracovní schopnosti se vychází z podrobného neurologického nálezu, poruch jednotlivých funkčních systémů a struktur, rozsahu a tíže motorických, senzitivních, kognitivních poruch, poruch vyjadřování, poruch*

Shodu s prvopisem potvrzuje: Z. F.

smyslu, poruch inervace močového měchýře a konečníku. Při hodnocení by sledované období, rozhodné pro posouzení míry poklesu pracovní schopnosti, mělo trvat zpravidla jeden rok. Míra poklesu pracovní schopnosti u nemocí nervové soustavy se stanoví podle rozsahu, stupně a lokalizace zdravotního postižení, dopadu postižení na duševní a fyzickou výkonnost, funkci pohybového a nosného systému a na schopnost zvládat denní aktivity.“

18. Pod kapitolu VI, položku 5 téže přílohy patří *narkolepsie, hypersomnie, syndrom spánkové apnoe. Posudkové hledisko: Při stanovení míry poklesu pracovní schopnosti je třeba funkční postižení objektivizovat noční polysomnografií a následným testem mnohočetné latence usnutí (MSLT).*
19. Dle položky 5b) přílohy, která byla shledána u žalobce, jde o *středně těžkou formu, některé denní aktivity omezeny. Pokles pracovní schopnosti v rozsahu 30 – 45 %.*
20. Podle § 4 odst. 2 zákona č. 582/1991 Sb. o organizaci a provádění sociálního zabezpečení posuzuje Ministerstvo práce a sociálních věcí zdravotní stav a pracovní schopnost občanů pro účely přezkumného řízení soudního ve věcech důchodového pojištění a pro účely odvolacího řízení správního, pokud napadené rozhodnutí bylo vydáno na základě posudku okresní správy sociálního zabezpečení; za tím účelem zřizuje jako své orgány posudkové komise. Při přezkumu takového rozhodnutí neposuzuje soud věcnou správnost posudku, neboť k tomu nemá potřebné odborné znalosti. Posudek posudkové komise MPSV soud hodnotí jako každý jiný důkaz podle zásad upravených v § 77 odst. 2 s. ř. s., avšak s ohledem na mimořádný význam v tomto řízení bývá tento posudek důkazem rozhodujícím v případech, kdy z hlediska své celistvosti a přesvědčivosti nevzbuzuje žádných pochyb a nejsou-li tu ani žádné jiné skutečnosti nebo důkazy, kterými by správnost posudku mohla být zpochybněna.
21. Dle konstantní judikatury správních soudů není soud příslušný posuzovat obsahovou správnost závěrů posudkových komisí. K tomuto závěru dospěl Nejvyšší správní soud v rozsudku ze dne 7. 1. 2015, č. j. 3 Ads 114/2014 – 21, kde se zabýval nesouhlasem se závěry posudků posudkové komise a jejich nedostatečností v souvislosti s invalidním důchodem, a uvedl následující: *„Soudu zde nepřísluší posuzovat věcnou správnost lékařských posudků, neboť k tomu nemá potřebné odborné znalosti. Posudky soud hodnotí jako každý jiný důkaz podle zásad upravených v § 77 odst. 2 s. ř. s., avšak s ohledem na mimořádný význam v řízení o invalidním důchodu bývají tyto lékařské posudky důkazem rozhodujícím v případech, kdy z hlediska své celistvosti a přesvědčivosti nevzbuzují žádných pochyb, a nejsou-li tu ani žádné jiné skutečnosti nebo důkazy, kterými by správnost posudků mohla být zpochybněna. Požadavek úplnosti a přesvědčivosti kladený na tyto posudky pak spočívá v tom, aby se posudková komise vypořádala se všemi rozhodujícími skutečnostmi, především s těmi, které posuzovaný namítal, a aby své posudkové závěry náležitě odůvodnila.“* (srov. dále rozsudek Nejvyššího správního soudu ze dne 5. 6. 2013, č. j. 3 Ads 74/2012 – 16, rozsudek ze dne 2. 7. 2014, č. j. 3 Ads 108/2013 – 19, a rozsudek ze dne 25. 6. 2003, č. j. 2 Ads 9/2003 – 50). Jak uvedl Nejvyšší správní soud v rozsudku ze dne 8. 11. 2018, č. j. 10 Ads 248/2017 – 61 *„Ani správní soud si tedy nemůže učinit úsudek o zdravotním stavu a pracovní schopnosti účastníka řízení sám. K odborným lékařským otázkám je vypracováván posudek, který soud hodnotí jako každý jiný důkaz podle zásad upravených v ustanovení § 77 odst. 2 s. ř. s., zejména zda splňuje požadavek úplnosti a přesvědčivosti. Hodnotí, zda se posudek vypořádává se všemi rozhodujícími skutečnostmi, včetně těch, jež namítá posuzovaná osoba, a zda je z nich zřejmé, že zdravotní stav byl komplexně posouzen na základě úplné zdravotnické dokumentace. Posudkový závěr musí být náležitě zdůvodněn, aby byl přesvědčivý a srozumitelný i pro správní soud, který nemá, a ani nemůže mít,*

Shodu s prvopisem potvrzuje: Z. F.

odborné lékařské znalosti. Soud ověřuje, zda daný posudek je úplný a přesvědčivý ve výše uvedeném smyslu (viz např. rozsudek NSS ze dne 4. 10. 2017, čj. 8 Ads 136/2017-35). „Jelikož je soud plně odpovědný za řádné zjištění skutkového stavu v soudním řízení správním, je třeba, aby posudek odborné komise obsahoval veškeré náležitosti a byl především přesvědčivý a dostatečně odůvodněn tak, aby o závěrech posudkové komise nebyly žádné pochybnosti.

22. Vzhledem k tomu, že v dané věci je rozhodující posouzení zdravotního stavu žalobce, soud si za tímto účelem vyžádal u PK MPSV ČR v Praze (dále jen „posudková komise“) odborný lékařský posudek. Posudková komise zasedající v řádném složení za přítomnosti odborné lékařky z oboru interní lékařství v posudku ze dne 8. 8. 2023 shledala, že ke dni vydání napadeného rozhodnutí žalobce byl invalidní podle § 39 odst. 1 ZDP. Jednalo se o invaliditu prvního stupně dle § 39 odst. 2 písm. a) ZDP ve znění zákona č. 306/2008 Sb. Šlo o pokles pracovní schopnosti z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu nejméně o více než 35 %, nedosahoval však 49 %. Doba platnosti posudku byla uvedena do 31. 8. 2024. Invalidita trvala nadále v prvním stupni. Rozhodující příčinou dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu žalobce bylo shledáno zdravotní postižení dle kapitoly VI, položky 5b) přílohy k vyhlášce o posuzování invalidity. Míra poklesu pracovní schopnosti činila 35 %.
23. Při vypracování posudku vycházela komise ze spisové dokumentace OSSZ Beroun, PSSZ, spisové dokumentace soudu. Zohledněn byl nálezný z radiologie a zobrazovacích metod (CT vyšetření hrudníku) ze dne 13. 7. 2023, zdravotnická dokumentace praktické lékařky. Při jednání byl žalobce vyšetřen odbornou interní lékařkou.
24. Soud úvodem konstatuje, že zdravotní stav žalobce byl již opakovaně posuzován, kdy žalobce opětovně žádal již několikrát o zvýšení svého invalidního důchodu. Přezkum jeho zdravotního stavu byl opakovaně proveden lékaři žalované i ze strany posudkové komise MPSV (pokaždé v jiném složení), přičemž ze strany lékařů byl opakovaně konstatován shodný závěr ohledně stanovení rozhodného zdravotního postižení s nejvýznamnějším dopadem na pokles pracovní schopnosti žalobce, kterým byla vždy shodně stanovena spánková apnoe, přičemž toto zdravotní postižení bylo opakovaně shodně podřazeno pod kapitolu VI, položku 5b) přílohy k vyhlášce.
25. Z dosavadního průběhu věci je zjevné, že žalobce se s tímto posouzením zdravotního stavu ze strany posudkových lékařů neztotožňuje, kdy opakovaně žádal o zvýšení svého invalidního důchodu a proti příslušným rozhodnutím žalované se opakovaně bránil u zdejšího soudu v soudním řízení, avšak neúspěšně. Žádost žalobce o navýšení invalidního důchodu byla předmětem posouzení i v nyní řešené věci, která se konkrétně týká rozhodnutí žalované z roku 2022.
26. Bylo zjištěno, že subjektivně měl žalobce trvale bolesti hlavy, v oblasti čela, tyto má již přes 30 let. Používal Valetol, nebo se to snažil zaspát. Někdy jsou bolesti takové intenzity, že je provází zvracení, tyto potíže se objevují přibližně jednou za měsíc. Bolesti hlavy jsou kolísavé intenzity. Trápí jej dušnost v klidu i při námaze, po lécích se stav na pár minut zlepší. Při námaze, např. chůzi, se musí pro dušnost zastavit. Má problém vyjít i do prvního patra. Na noc používá přístroj ke zlepšení kvality spánku. Dále má bolesti palce levé dolní končetiny při došlapu, při chůzi používá dvě francouzské hole. Byl vyšetřen ortopedem, doporučena medikamentózní léčba dle potřeby.
27. Při vyšetření na jednání zjištěno, že žalobce přišel o dvou FHI, šetřil levou dolní končetinu, nášlap pouze na patu. Přišel bez dušnosti, při jednání nebyl dyspnoický ani tachypnoický, v klidu i při pohybu. Předvedl chůzi bez holí, ale při chůzi nenašlapoval pro udávanou bolest

Shodu s prvopisem potvrzuje: Z. F.

na levý palec. Byl orientován, kardiopulmonálně kompenzován, hlava, krk bez patologie, hrudník hyperstenický, při dýchání omezené exkurze. Dýchání prakticky neslyšné, base plicní suché, akce srdeční pravidelná, ozvy tiché, ohraničené 76/min. Jizva po sternotomii klidná, drobná jizva nad pravou plicí v oblasti velkého prsního svalu rovněž klidná, bedra bez prosáknutí, tapottement bpn. Břicho nad niveau, poklep dif. bubínkový, jizva po APPE klidná, bez hmatné rezistence. DK známky chronické žilní insuficience, exkoriace na pravém bérce, bez čerstvých ischemických i zánětlivých změn na kůži. Pedes plani. Palec levé nohy bez otoku, kůže klidná, bez proteplení, bez výrazné deviace z osy, palpačně výrazně bolestivý. Orientační neurologický nále: HK Mingazinni udrží, taxe přesná, svalová síla symetrická, dobrá, rozsah pohybu HK v normě, na pravé ruce jizva po operaci karpálního tunelu klidná, jemná motorika obou rukou v normě. DK Mingazinni udrží, taxe přesná, svalová síla přiměřená, symetrická, pohyblivost kyčlí a kolen dobrá. Zvládá dřep s oporou rukou o stůl. Stoj I-III stabilní, ve stoji III udává mírný tah dopředu, který není patrný. Titubace 0. Pohyblivost krční páteře bez omezení. Subjektivně udává při vyšetření dušnost, sděluje, že je dušný i v sedě při jednání i řeči, objektivně dušnost není patrná.

28. V rámci diagnostického souhrnu byla konstatována těžká obstrukční spánková apnoe řešená přístrojem CPAP od ledna 2019, stabilizovaný stav, plicní emfyzém, ventilační parametry v normě, stav po resekci horních plicních laloků 1996 a 1997 pro opakované pneumothoraxy 1995 – 1997, dušnost nejasné etiologie, v. s. multifaktoriální, stav po operačním řešení uzávěru koronaro-pulmonální pístěle 2/2018 s dobrým efektem, dobrou funkcí levé srdeční komory, bez dilatace srdečních oddílů, bez známek plicní hypertenze, selektivní koronarografie s nevýznamným nálezem, úzkostně depresivní porucha, chronická rýma, stav po operaci syndromu karpálního tunelu vpravo 10/2020 s efektem, obezita I. stupně, BMI 33,7, hyperurikemie na terapii, hypercholesterolemie na terapii, hypovitaminóza D, chronický bolestivý páteřní syndrom, gastroesofageální reflux, degenerativní změny základního kloubu palce levé nohy, stav po odstranění střevního polypu při kolonoskopickém vyšetření, 7/2022 histologicky nezhoubný nále, stav po zánětlivém onemocnění mozku 1984.
29. V posudkovém zhodnocení uvedeno, že si žalobce dlouhodobě stěžoval na dušnost. Pro pístěl pravé koronární tepny a plicní tepny podstoupil v únoru 2018 kardiochirurgický výkon, při kterém byla pístěl uzavřena. Na dušnost si stěžoval i po výkonu, proto byl opakovaně vyšetřován kardiologem a plicním lékařem. Objektivně byla jeho srdeční akce pravidelná, frekvence srdeční přiměřená, neměl objektivní příznaky svědčící pro dušnost. Na elektrokardiografickém vyšetření nezjištěny chorobné změny. Na echokardiografickém vyšetření prokázána normální systolická funkce srdečních komor, diastolická dysfunkce levé srdeční komory, nezjištěny známky klidově zvýšeného tlaku v plicním řečišti ani významné chlopní vady. Na selektivní koronarografii (zobrazovací vyšetření koronárních tepen) prokázáno nevýznamné aterosklerotické zúžení koronární tepny (RIA), popisovány klipy po uzávěru koronaropulmonální pístěle, pístěl uzavřená. Provedené zobrazovací vyšetření srdce při zátěži (SPECTR myokardu) nezjistilo významnější poruchu prokrvení srdeční svaloviny v zátěži. Onemocnění srdce a cév vedoucí k dušnosti bylo při vyšetření vyloučeno. Tolerance zátěže žalobce byla nízká, příčinou nízké tolerance zátěže nebylo ale srdeční postižení. Klasifikace NYHA je jeden z ukazatelů zejména míry funkčního postižení srdce, pokud je toto zjištěno. Opírá se o subjektivní obtíže nemocného snášet fyzickou zátěž, konkrétně u NYHA III je již běžná aktivita vyčerpávající. Dušnost je subjektivní stav, při kterém nemocný pociťuje nedostatek vzduchu, nemůže se kvalitně nadechnout či vydechnout, dýchání ho namáhá, a to mu působí značnou tíseň. Příčiny tohoto stavu jsou

Shodu s prvopisem potvrzuje: Z. F.

různé, nejčastější příčinou jsou onemocnění dýchacích cest a oběhového systému. Žalobce opakovaně při vyšetřeních uvedl, že má dušnost a tlaky na hrudi, a to i v klidu, při řeči, práci u PC apod. totéž tvrdil při jednání, sdělil, že je dušný, a to i v sedě, při hovoru s posudkovou komisí, přičemž objektivně nebyla dušnost patrná – nebyla pozorována zvýšená dechová aktivita, namáhavé ani zrychlené dýchání, nekašlal, nesípal, a to ani při chůzi po místnosti a při provedení dřepu. Pro opakovaně zjištěný spontánní pneumotorax (chorobné nahromadění vzduchu v pohrudniční dutině) podstoupil v roce 1996 a 1997 resekci obou horních plicních laloků. Na komputerové tomografii plic z 6/2017 a 7/2022 popisován bulózní emfyzém (poškození přepážek uvnitř plicních sklípků) v obou plicních vrcholech při stavu po resekci horních plicních laloků a vazivové pooperační změny. Zjištěné postižení plicní tkáně nemělo dopad na plicní funkce. Při opakovaně provedených funkčních vyšetřeních plic (spirometrie, bodyplety smografie) nebylo omezení ventilace prokázáno. Naměřené ventilační parametry odpovídaly normě, zjištěna normální hodnota usilovné vitální kapacity, normální objem vzduchu vydechnutý s největším úsilím za jednu vteřinu po maximálním nádechu, normální vrcholový výdechový průtok, normální reziduální objem. V normě byla i difuzní kapacita plic. Pokud by bylo hodnoceno pouze plicní postižení (stav po operaci plic, plicní emfyzém), dosahoval by pokles pracovní schopnosti 10 %. Při jednání nebyly příznaky svědčící pro dušnost zjevné, dechová frekvence byla normální. Postižení nelze hodnotit dle kapitoly IX, oddílu A, písmene 1c) přílohy k vyhlášce, jak je namítáno v žalobě, protože u žalobce nebylo zjištěno chronické srdeční selhání, jeho subjektivní obtíže nejsou způsobeny srdečním postižením. Nelze hodnotit ani dle položky IV, písmena 17c) přílohy, pod kterou je uvedena cystická fibróza s plicními, pankreatickými nebo jaterními komplikacemi. Konkrétně pod položkou 17c) je popsáno těžké postižení v rámci cystické fibrózy, kdy je přítomný i emfyzém, současně musí ale být v rámci této položky prokázána přítomnost ventilační poruchy těžkého stupně. U žalobce nebyla ventilační porucha zjištěna, při opakovaně provedené spirometrii a bodyplety smografii zjištěny normální ventilační parametry.

30. V září 2018 byla zjištěna těžká obstrukční spánková apnoe (krátkodobé opakované zastavení dechu ve spánku), která byla od 1/2019 léčena přístrojem CPAP, tj. přístrojem, který udržoval prostřednictvím vzduchotěsné masky nasazené na nos trvalý přetlak v dýchacích cestách, a tím zabezpečoval volný průchod horních dýchacích cest. Před zahájením léčby usínal přes den, při používání CPAP přístroje byl stav dle nálezu z 2/2019 kompenzovaný. Neurologem konstatováno, že je žalobce schopen řídit motorová vozidla za předpokladu pravidelného používání CPAP přístroje, pokud se nebude vyskytovat denní spavost. Nadměrnou denní spavost, časté usínání během dne, žalobce při používání přístroje CPAP dlouhodobě nereferoval. Objektivně zjištěná nízká výkonnost žalobce a subjektivní pocit nedostatku vzduchu byly patrně multifaktoriální. Podílel se na nich syndrom spánkové apnoe, stav po operaci plic, plicní emfyzém, obezita a špatný stereotyp dýchání, který byl pozorován při jednání. Nezanedbatelný vliv na prožívání obtíží měla přítomnost neurotické poruchy projevující se úzkostmi, depresivitou a možnou somatizací, léčeno antidepresivy a anxiolytiky.
31. Posudková komise konstatovala dlouhodobě nepříznivý stabilizovaný zdravotní stav žalobce, příčinou poklesu pracovní schopnosti byla obstrukční spánková apnoe se souběžně přítomnými dalšími chorobami (plicní emfyzém, stav po operaci plic, obezita, neurotická porucha). K datu vydání napadeného rozhodnutí byla pro stanovení míry poklesu pracovní schopnosti použita kapitola VI, položka 5b) přílohy k vyhlášce, pokles činil 35 %. Nebylo

hodnoceno horní hranicí procentního rozmezí (45 %), proto nebyl shledán důvod pro zvýšení horní hranice procentního rozmezí dle § 3 vyhlášky.

32. Posudková komise uvedla, že považuje shodně s první instancí a posudkovým lékařem námitkového řízení za nejzávažnější přítomnost obstrukční spánkové apnoe dlouhodobě stabilizované a kompenzované léčbou přístrojem CPAP, pro kterou při velké benevolenci volila položku 5b), středně těžkou formu, s přihlédnutím k dalším postižením a onemocněním žalobce stanoven pokles pracovní schopnosti 35 %. Obstrukční spánkovou apnoei nelze hodnotit podle položky 5c), protože při zavedené léčbě žalobce přes den neusínal, měl povoleno řídit motorová vozidla a vykonával povolání řidiče.
33. Objektivně zjištěná lehce omezená pohyblivost základního kloubu palce levé nohy s popisovanými degenerativními změnami na rentgenovém snímku vela k minimálnímu poklesu pracovní schopnosti cca 5 %. Při jednání byl palec levé nohy bez otoku, kůže klidná, bez proteplení, bez deviace z osy, na pohmat udával výraznou bolestivost. Pro bolesti palce používal dvě FH při chůzi. Vyšetřen jednorázově ortopedem v červnu 2022, ten doporučil v případě zhoršení obtíží kontrolní vyšetření s možností rehabilitace, ev. operačního zákroku. Toto nebylo realizováno.
34. Pro obezitu byla žalobci doporučena dieta s omezením tuků a zvýšeným podílem vlákniny a od 2/2022 zavedena i medikamentózní léčba. Pro prediabetes (dlouhodobě zvýšené množství cukru v krvi, hodnoty ale ještě nedosahují cukrovky 2. typu) dodržoval diabetickou dietu. Při kontrolách na klinice endokrinologie a metabolismu v roce 2022 se jednalo o obezitu I. stupně, hodnoty cukru v krvi byly jen lehce zvýšené, zvýšená hladina kyseliny močové a cholesterolu v krvi léčeny medikamentózně, stav byl kompenzován. Pokud by byla jako hlavní postižení hodnocena obezita I. stupně, tedy lehká obezita, dosáhl by pokles pracovní schopnosti 10 %. Prediabetes, léčená zvýšená hladina kyseliny močové a cholesterolu a léčený nedostatek vitamínu D nevedly k poklesu pracovní schopnosti. Stav po odstranění střevního polypu při kolonoskopickém vyšetření v 7/2022, histologicky nezhoubného, byl posudkově nevýznamný.
35. V mládí prodělal zánětlivé onemocnění mozku, poté udával dlouhodobě trvající bolest hlavy, která byla dávána do souvislosti s prodělaným zánětem. Při vyšetřeních odbornými lékaři v poslední době si na bolest hlavy nestěžoval. Při neurologických vyšetřeních, která absolvoval v minulosti z jiných důvodů, nebyl pro bolesti hlavy vyšetřován, tyto zmiňovány pouze okrajově v anamnéze a nebyly nijak řešeny. Udávanou bolest hlavy mohl negativně ovlivňovat syndrom spánkové apnoe a přítomnost napětí a úzkosti.
36. V případě, že by bolest hlavy souvisela pouze s prodělaným zánětlivým onemocněním mozku, by bylo možné postižení hodnotit dle kapitoly VI, položky 7a) přílohy, tedy minimální funkční postižení po encefalitidě bez neurologického deficitu, který nebyl v minulosti prokázán a i při jednání bylo orientační neurologické vyšetření v normě. Nešlo by o postižení uvedené v kapitole I, písmenu 4c) přílohy, pod kterou spadá středně těžké funkční postižení po prodělané Lymeské borrelióze, kde se hodnotí postižení nervové soustavy, kůže, kloubů a srdce v důsledku této choroby. Takové postižení nebylo u žalobce prokázáno.
37. Dlouhodobě léčený zpětný tok žaludečních šťáv ze žaludku do jícnu při nedostatečné funkci dolního jícnového svěrače bez dokladovaných slizničních erozí byl posudkově málo významný. Chronická rýma vedla maximálně k 5 % poklesu pracovní schopnosti taktéž zmiňované bolesti páteře v anamnéze bez kořenového postižení, bez významnějšího

Shodu s prvopisem potvrzuje: Z. F.

omezení dynamiky páteře, způsobovaly pokles pracovní schopnosti o cca 5 %. Operace syndromu karpálního tunelu vpravo v 10/2020 měla dobrý efekt, došlo k úpravě stavu, žalobce neměl poruchu funkce pravé ruky, tedy tento stav nevedl k omezení pracovní schopnosti.

38. Byl schopen vykonávat výdělečnou činnost jen s podstatně menšími nároky na fyzické schopnosti, v podstatně menším rozsahu a intenzitě. Byl schopen vykonávat stávající zaměstnání v kratším úvazku, který měl stanoven. K datu vydání napadeného rozhodnutí byl žalobce invalidní v prvním stupni.
39. Soud považuje zhodnocení rozhodného onemocnění žalobce ze strany posudkové komise (i v kontextu shodných závěrů předchozích posouzení jednotlivými posudkovými lékaři) za zcela adekvátní, kdy posudková komise podřadila onemocnění pod kapitolu VI, položku 5b) přílohy k vyhlášce, tedy do kategorie středně těžké formy daného zdravotního postižení (spánková apnoe). Posudková komise k tomu řádně vysvětlila, že pro podřazení onemocnění pod vyšší položku nebyl shledán důvod, neboť žalobcův stav je kompenzován a úspěšně řešen přístrojem CPAP, kdy žalobce obtíže v tomto ohledu neuváděl. K tomu soud považuje též za adekvátní konstatování komise, že přes den žalobce neusíná, kdy naopak pracuje dlouhodobě jako řidič, má tedy povoleno od lékaře řízení motorových vozidel. Soud má za to, že pokud by stav zdravotního postižení apnoe byl konstatován v některé ze závažnějších forem, pak by žalobci nepochybně řízení motorových vozidel, navíc v rámci výkonu pracovní činnosti, povoleno nemohlo být.
40. Posudková komise se v rámci posudkového závěru dále podrobně vypořádala s žalobními námitkami žalobce. Jednotlivá onemocnění žalobce byla posudkovou komisí nejen shrnuta v rámci diagnostického souhrnu, ale detailně rozebrána včetně zhodnocení, jaká by byla míra poklesu pracovní schopnosti, že by to které onemocnění žaloby bylo posouzeno jako hlavní. Byly rozebrány jednotlivé lékařské nálezy.
41. Žalobce v žalobě k nesouhlasu s posouzením pouze obecně uvedl, že lékaři dle něj jednali v rozporu s kapitolou IX, oddílem A, položkou 1c) - dušnost úrovně NYHA III, kapitolou IV, položkou 17c) - plicní emfyzém, kapitolou I, položkou 4c) - meningoencefalitida s doživotními následky, avšak blíže neupřesnil, v čem namítaná pochybení spatřuje. S žalobcem se lze ztotožnit v tom, že jeho jednotlivá onemocnění byla doložena lékařskými nálezy, ty však byly posudkovou komisí vzaty v úvahu a podrobně v posudku zhodnoceny.
42. Soud nespatřuje v posudku posudkové komise, že by tato jeho zdravotní stav měla jakkoli zlehčovat. Posudková komise rozebrala jednotlivé parametry všech diagnostikovaných onemocnění žalobce a posoudila jejich dopad na jeho pracovní schopnost. Pokud byl zdravotní stav žalobce zhodnocen tak, že nelze konstatovat vyšší stupeň invalidity než opět první, nelze na takový závěr bez dalšího nahlížet jako na zlehčování žalobcova stavu.
43. K námitce, že lékaři přičítají dušnosti nejasný původ soud uvádí, že ohledně dušnosti byly posudkovou komisí učiněny podrobné závěry, jak bylo výše popsáno. Komise konkrétně mj. uvedla, že: „...žalobce si dlouhodobě stěžoval na dušnost. Pro pítěť pravé koronární tepny a plicní tepny podstoupil v únoru 2018 kardiochirurgický výkon, při kterém byla pítěť uzavřena. Na dušnost si stěžoval i po výkonu, proto byl opakovaně vyšetřován kardiologem a plicním lékařem. Objektivně byla jeho srdeční akce pravidelná, frekvence srdeční přiměřená, neměl objektivní příznaky svědčící pro dušnost. Na elektrokardiografickém vyšetření nezjištěny chorobné změny. Na echokardiografickém vyšetření prokázána normální systolická funkce srdečních komor, diastolická dysfunkce levé srdeční komory, nezjištěny známky klidově zvýšeného

Shodu s prvopisem potvrzuje: Z. F.

tlaku v plicním řečišti ani významné chlopenní vady. Na selektivní koronarografii (zobrazovací vyšetření koronárních tepen) prokázáno nevýznamné aterosklerotické zúžení koronární tepny (RIA), popisovány klipy po uzávěru koronaropulmonální pístěle, pístěle uzavřené. Provedené zobrazovací vyšetření srdce při zátěži (SPECTR myokardu) nezjistilo významnější poruchu prokrvení srdeční svaloviny v zátěži. Onemocnění srdce a cév vedoucí k dušnosti bylo při vyšetření vyloučeno. Tolerance zátěže posuzovaného byla nízká, příčinou nízké tolerance zátěže nebylo ale srdeční postižení. Klasifikace NYHA je jeden z ukazatelů zejména míry funkčního postižení srdce, pokud je toto zjištěno. Opírá se o subjektivní obtíže nemocného snášet fyzickou zátěž, konkrétně u NYHA III je již běžná aktivita vyčerpávající. Dušnost je subjektivní stav, při kterém nemocný pociťuje nedostatek vzduchu, nemůže se kvalitně nadechnout či vydechnout, dýchání ho namáhá, a to mu působí značnou tíseň. Příčiny tohoto stavu jsou různé, nejčastější příčinou jsou onemocnění dýchacích cest a oběhového systému. Žalobce opakovaně při vyšetřeních uvedl, že má dušnost a tlaky na hrudi, a to i v klidu, při řeči, práci u PC apod. totéž tvrdil při jednání, sdělil, že je dušný, a to i v sedě, při hovoru s posudkovou komisí, přičemž objektivně nebyla dušnost patrná – nebyla pozorována zvýšená dechová aktivita, namáhavé ani zrychlené dýchání, nekašlal, nesípal, a to ani při chůzi po místnosti a při provedení dřepu. Pro opakovaně zjištěný spontánní pneumotorax (chorobné nahromadění vzduchu v pohrudniční dutině) podstoupil v roce 1996 a 1997 resekci obou horních plicních laloků. Na komputerové tomografii plic z 6/2017 a 7/2022 popisován bulózní emfyzém (poškození přepážek uvnitř plicních sklípků) v obou plicních vrcholech při stavu po resekci horních plicních laloků a vazivové pooperační změny. Zjištěné postižení plicní tkáně nemělo dopad na plicní funkce. Při opakovaně provedených vyšetřeních plic (spirometrie, bodypletysmografie) nebylo omezení ventilace prokázáno. Naměřené ventilační parametry odpovídaly normě, zjištěna normální hodnota usilovné vitální kapacity, normální objem vzduchu vydechnutý s největším úsilím za jednu vteřinu po maximálním nádechu, normální vrcholový výdechový průtok, normální reziduální objem. V normě byla i difúzní kapacita plic.“ Dle komise nelze hodnotit onemocnění dle kapitoly IX, oddílu A, písmene 1c) přílohy, protože u žalobce nebylo zjištěno chronické srdeční selhání, jeho subjektivní obtíže nejsou způsobeny srdečním postižením.

44. V případě žalobce byl jeho stav, pokud jde o dušnost, posouzen nejen na základě lékařských nálezů, ale též na místě při jednání, kde bylo zjištěno, že žalobce subjektivně dušnost pociťoval, avšak zároveň bylo také konstatováno, že objektivně dušnost u žalobce při jednání nebyla viditelná. Posudková komise ve svých závěrech nijak nerozporovala subjektivní pocity žalobce, pokud jde o dušnost, pouze zhodnotila, že objektivně nebylo možné dušnost při vyšetření spatřit. Posudková komise v rámci diagnostického souhrnu onemocnění žalobce uvedla, že žalobce trpí dušností nejasné etiologie, nicméně původ onemocnění dušností nebyl dle soudu z hlediska posouzení pro účely invalidity zásadní, posudková komise se zabývala zhodnocením zdravotního stavu žalobce ke dni vydání napadeného rozhodnutí a k tomuto datu hodnotila i stav, pokud se týká jeho onemocnění dušností. Posudková komise se vyjádřila i k tomu, jaká by byla hodnota poklesu pracovní schopnosti žalobce v případě, že by jako hlavní onemocnění bylo hodnoceno onemocnění srdce. Uvedla, že: „Postižení nelze hodnotit dle kapitoly IX, oddílu A, písmene 1c) přílohy k vyhlášce, jak je namítáno v žalobě, protože u žalobce nebylo zjištěno chronické srdeční selhání, jeho subjektivní obtíže nejsou způsobeny srdečním postižením.“ Soud dodává, že pro hodnocení závažnosti srdečních onemocnění se sice hodnotí mj. hodnotí kritérium NYHA relevantní vzhledem k namítané dušnosti, toto je však třeba vnímat i s ohledem na další kritéria, která byla u žalobce zjištěna v normě či nikoli zásadní závažnosti. V lékařské zprávě IKEM ze dne 25. 5. 2022 je sice uvedeno: NYHA III, avšak v části uváděných subjektivních obtíží dle

tvrzení pacienta, přičemž dle anamnézy například hodnota EF normální, volumové ukazatele v normě – blíže horní hranice, max. TF 112/min. Tomu odpovídá zhodnocení posudkovou komisí, která na straně 7 posudku mj. uvedla, že objektivně byla srdeční akce pravidelná, frekvence srdeční přiměřená, žalobce neměl objektivní příznaky svědčící pro dušnost. Na elektrokardiografickém vyšetření nezjištěny chorobné změny. Na echokardiografickém vyšetření prokázána normální systolická funkce srdečních komor, diastolická dysfunkce levé srdeční komory, nezjištěny známky klidově zvýšeného tlaku v plicním řečišti ani významné chlopenní vady. Na selektivní koronarografii prokázáno nevýznamné aterosklerotické zúžení koronární tepny, popisovány klipy po uzávěru koronaropulmonální pístěle, pístel uzavřené. Provedené zobrazovací vyšetření srdce při zátěži (SPECTR myokardu) nezjistilo významnější poruchu prokrvení srdeční svaloviny v zátěži. Onemocnění srdce a cév vedoucí k dušnosti bylo při vyšetřeních vyloučeno. Tolerance zátěže žalobce byla nízká, příčinou nízké tolerance zátěže nebylo ale srdeční postižení. Ze žádné lékařské zprávy nevyplývá, že námahová dušnost žalobce je ve III stupni. K jednání soudu se žalobce dostavil sice s francouzskými holemi, ale bez jakékoliv dušnosti nepřiměřené věku žalobce, aniž by vykazoval projevy únavy nebo vyčerpání, přitom NYHA III odpovídá stavu vyčerpání již při běžné činnosti.

45. Ani ohledně námítky žalobce, že posudková komise neuznala jeho onemocnění emfyzémem, se nelze s žalobcem ztotožnit. Posudková komise se těmito skutečnostmi ve svém posudkovém závěru podrobně věnovala a mj. uvedla, že: *„Na komputerové tomografii plic z 6/2017 a 7/2022 popisován bulózní emfyzém (poškození přepážek uvnitř plicních sklípků) v obou plicních vrcholech při stavu po resekci horních plicních laloků a vazivové pooperační změny. Zjištěné postižení plicní tkáně nemělo dopad na plicní funkce. Při opakovaně provedených funkčních vyšetřeních plic (spirometrie, bodypletysmografie) nebylo omezení ventilace prokázáno. Naměřené ventilační parametry odpovídaly normě, zjištěna normální hodnota usilovné vitální kapacity, normální objem vzduchu vydechnutý s největším úsilím za jednu vteřinu po maximálním nádechu, normální vrcholový výdechový průtok, normální reziduální objem. V normě byla i difuzní kapacita plic. Pokud by bylo hodnoceno pouze plicní postižení (stav po operaci plic, plicní emfyzém), dosahoval by pokles pracovní schopnosti 10 %.“* Dále komise uvedla, že nelze onemocnění hodnotit dle kapitoly IV, položky 17c) přílohy, pod kterou patří cystická fibróza, kdy je přítomen emfyzém, kdy ale současně musí být prokázána ventilační porucha těžkého stupně, která nebyla u žalobce prokázána, při opakovaně provedené spirometrii a bodypletysmografii byly zjištěny normální ventilační parametry. Žalobce pomíjí principy invalidního důchodu. Nárok na invalidní důchod není vždy dán pouze na základě diagnózy onemocnění, ale také se přihlíží k tomu, nakolik je život posuzovaného onemocněním omezen. Kapitola IV přílohy vyhlášky č. 359/2009 Sb. v části obecných posudkových pro poruchy endokrinní, výživy a přeměny látek stanoví obecné posudkové zásady: *Při hodnocení míry poklesu pracovní schopnosti při endokrinních poruchách, poruchách výživy a přeměny látek jsou rozhodující funkční důsledky těchto poruch, tj. rozsah a tíže postižení jednotlivých orgánů a systémů, dopad na celkový stav, výkonnost a na schopnost zvládat denní aktivity. Asymptomatické odchylky od normy laboratorních hodnot nepodmiňují pokles pracovní schopnosti. Při hodnocení míry poklesu pracovní schopnosti u poruch endokrinních, výživy a přeměny látek by sledované období, rozhodné pro posouzení míry poklesu pracovní schopnosti, mělo trvat zpravidla jeden rok.* Dále v bodu 17 dané kapitoly vyhlášky stanoví další posudková hlediska pro cystická fibróza (mukoviscidóza) s pulmonálními, pankreatickými a jaterními komplikacemi: *Při stanovení míry poklesu pracovní*

Shodu s prvopisem potvrzuje: Z. F.

schopnosti je třeba zhodnotit rozsah a tíži postižení funkce plic, pankreatu a jater a dopad zjištěných poruch na celkovou výkonnost. A to právě posudková komise učinila v souladu se zákonnou úpravou, jestliže dle posudku, aniž by z jiných lékařských podkladů vyplýval opak, odnětí části plic nemělo vliv na funkci plic žalobce. V takovém případě neshledává soud ani indicii ke zpochybnění správnosti závěru posudkové komise. Žalobce sice má závažná onemocnění, ale vliv obtíží na jeho celkový stav nedosahuje zákonem požadovaných negativních dopadů na jeho celkový stav, výkonnost a na schopnost zvládat denní aktivity.

Rovněž námitku, že posudkoví lékaři měli ignorovat žalobcovo onemocnění encefalitidou, soud důvodnou neshledal. Jak naopak plyne z posudkového závěru, bylo k tomuto onemocnění uvedeno, že: „*V případě, že by bolest hlavy souvisela pouze prodělaným zánětlivým onemocněním mozku, by bylo možné postižení hodnotit dle kapitoly VI, položky 7a) přílohy, tedy minimální funkční postižení po encefalitidě bez neurologického deficitu, který nebyl v minulosti prokázán a i při jednání bylo orientační neurologické vyšetření v normě. Nešlo by o postižení uvedené v kapitole I, písmenu 4c) přílohy, pod kterou spadá středně těžké funkční postižení po prodělané Lymeské borrelióze, kde se hodnotí postižení nervové soustavy, kůže, kloubů a srdce v důsledku této choroby. Takové postižení nebylo u žalobce prokázáno.*“ Soud opět poukazuje na posudkové hlediska uvedená v dané části vyhlášky č. 359/2009 Sb. Podle kapitoly I – infekce jsou obecné posudkové zásady: *při hodnocení míry poklesu pracovní schopnosti je rozhodující výsledek interakce mezi infekčním agens, jeho množstvím, agresivitou, obranyschopností organismu a léčebným procesem. Přitom je nutno vzít v úvahu, že některá infekční agens mohou perzistovat v organismu pod kontrolou imunitního systému, případně s možnými reaktivacemi, mohou zůstat rezidua po akutním onemocnění, může dojít k přechodu do chronického stadia, jeden druh (typ) mikroorganismu může postižovat různé orgány nebo systémy. Míra poklesu pracovní schopnosti se stanoví podle funkčního postižení napadeného orgánu nebo systému, podle aktivity procesu a dopadu na celkovou výkonnost. Při posuzování míry poklesu pracovní schopnosti u infekčních postižení by mělo sledované období, rozhodné pro posouzení, trvat zpravidla jeden rok. Samotné prodělaní infekce, bez funkčních poruch charakteru dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, nepůsobí pokles pracovní schopnosti. Zjištění nosičství, i když je důvodem k vyloučení z některých pracovních činností, nepůsobí pokles pracovní schopnosti. Dle bodu 4 dané kapitoly jsou u lymeské borreliózy posudková hlediska: při stanovení míry poklesu pracovní schopnosti je třeba zhodnotit závažnost postižení nervové soustavy, kůže, kloubů a srdce, výsledek imunologického vyšetření ELISA a imunoblotu (W-B), zda jde o přechod infekce do vleklého průběhu, zda a jak často dochází k relapsům nebo zda jsou již změny trvalé. Soud konstatuje, že z lékařských zpráv nevyplývá, že u žalobce se vyskytuje postižení nervové soustavy, kůže, kloubů a srdce. Žalobce znovu popírá principy invalidního důchodu, nárok na invalidní důchod nevzniká na základě pouhé skutečnosti výskytu onemocnění, ale také následků na celkový stav.*

46. Konečně není pravdivý ani závěr žalobce o tom, že měl údajně každý lékař konstatovat něco jiného, neboť zdravotní stav žalobce byl naopak dlouhodobě posuzován shodně tak, že s ohledem na všechna jeho onemocnění dosahuje žalobce prvního stupně invalidity. Žalobce se, jak bylo již uvedeno, opakovaně obracel také na zdejší soud, kdy napadal příslušná rozhodnutí žalované týkající se jeho invalidity, nicméně vždy s totožným závěrem, kdy byla opět potvrzena jeho invalidita prvního stupně.

Shodu s prvopisem potvrzuje: Z. F.

47. Co se týče odlišného zhodnocení žalobcova zdravotního stavu jednotlivými lékaři, lze toliko dodat, že v námitkovém řízení byl lékařem žalované zdravotní stav žalobce zhodnocen s poklesem pracovní schopnosti 40 %, zatímco posudkovou komisí byla výsledná míra poklesu stanovena na 35 %. Tento výsledek však nic nemění na závěru o žalobcově invaliditě prvního stupně, neboť v obou případech jde o hodnoty pro invaliditu I. stupně. Stanovení rozhodného onemocnění z hlediska invalidity i jeho podřazení pod kapitolu a položku přílohy k vyhlášce o posuzování invalidity bylo shodné.
48. Soud v žádném případě nepochybně závažnost žalobcova zdravotního stavu, kdy žalobce nepochybně trápí po zdravotní stránce celá řada nepříjemných komplikací, nicméně rozhodné je posouzení posudkovými lékaři, kteří důvod pro zvýšení invalidního stupně u žalobce neshledali. Zdravotní stav posuzovaného se nepochybně může vyvíjet v průběhu času, kdy se může zlepšit nebo i zhoršit.
49. K názoru žalobce, kdy se domnívá, že by měl být shledán invalidní ve třetím stupni, jak tomu bylo v minulosti, soud uvádí, že k tomuto se soud vyjádřil již v předchozím rozsudku (č. j. zn. 20 Ad 25/2021 – 39 ze dne 5. 1. 2022), jehož předmětem bylo rovněž jedno z rozhodnutí žalované ohledně výše invalidního důchodu. Konkrétně soud uvedl, že: „*Pokud jde o námitku, že byl žalobci v minulosti (konkrétně pak v roce 2018) invalidní důchod pro invaliditu třetího stupně přiznán, má soud především za to, že v současném řízení nemůže být tato okolnost nijak významná, neboť změna výše invalidního důchodu z invalidity třetího stupně na invaliditu prvního stupně byla v předchozím řízení pravomocně vyřešena. Nadto lze poukázat i na skutečnost, že i v posudku o invaliditě ze dne 12. 9. 2018 č.j. LPS/2018/2194-P4_ČSSZ, jež se rovněž nachází ve správním spise, posuzující lékař mimo jiné konstatuje předpoklad zlepšení s možností přehodnocení stupně invalidity. Rovněž si lze povšimnout, že i platnost tohoto posudku byla omezena, a to do 30. 9. 2019.*“
50. Soud se s těmito závěry plně ztotožňuje a odkazuje na ně. Žalobci zároveň nic nebrání, aby v budoucnu opět požádal o zvýšení stupně invalidity, pokud bude opět svůj stav vnímat jako zhoršený. Poté bude opět na žalované, potažmo posudkové komisi, aby daný stav k příslušnému dni zhodnotila.
51. K žalobcem předloženému vyjádření při jednání soud uvádí následující. K žalobcem poukázaným onemocněním, u kterých se domnívá, že byl jejich dopad žalovanou a posudkovou komisí zlehčen, soud konstatuje, že žalobce zmínil opět tatáž onemocnění, jako dříve v žalobě, tedy že mělo jít o zdravotní postižení dle kapitoly IX, oddílu A, položkou 1c) přílohy k vyhlášce o posuzování invalidity, dále dle kapitoly IV, položky 17c) přílohy a dle kapitoly VI položky 7c) přílohy, přičemž k tomu, jakým způsobem byla tato postižení zhodnocena, se soud již vyjádřil výše. Soud pouze poznamenává, že žalobce v žalobě na místo posledního zmíněného onemocnění dle kapitoly VI, položky 7c) přílohy, uvedl, že mělo jít o onemocnění dle kapitoly I, položky 4c) přílohy, nicméně žalobce má zjevně na mysli stále totéž onemocnění – encefalitidu. Soud opětovně zdůrazňuje, že v žádném případě nezlehčuje závažnost žalobcova zdravotního stavu z hlediska všech jeho prokázaných onemocnění včetně všech jím zmíněných příkoří, nicméně, jak již bylo uvedeno, závažnost namítaných onemocnění nebyla natolik vysoká, aby odůvodnila vyšší stupeň invalidity. posudková komise věnovala pozornost všem namítaným onemocněním. Jako rozhodné onemocnění z hlediska invalidity bylo posudkovou komisí zvoleno onemocnění - obstrukční spánková apnoe.

52. K tvrzení žalobce, že požaduje přiznání statusu ZTP, a to trvale, soud uvádí, že předmětem nyní řešené věci je invalidní důchod žalobce, nikoli jeho status osoby se zdravotním postižením. Za účelem řešení tohoto statusu je třeba vést příslušné řízení a soud se v nynějším rozsudku skutečnostmi ohledně statusu ZTP nezabýval.
53. Zdejší soud s ohledem na uvedené nenalezl žádný důvod k tomu, aby posudek posudkové komise shledal neúplný či nepřesvědčivý, kdy naopak posudek vypracovaný v soudním řízení posudkovou komisí soud považuje za podrobný a jasně vysvětlující, z jakého důvodu byl komisí učiněn příslušný závěr a z jakého důvodu není možné se přiklonit k hodnocení zdravotního stavu žalobce podle vyšší položky. Posudkovou komisí byla řádně vzata v úvahu jednotlivá posudková hlediska a kritéria pro posouzení u jednotlivých žalobcových onemocnění, bylo vysvětleno, z jakého důvodu lze daná onemocnění podřadit pod tu kterou položku včetně toho, jaký by v takovém případě byl výsledný pokles pracovní schopnosti žalobce. Posudkový závěr dává zároveň dostatečnou odpověď na žalobcovy žalobní námitky, ke kterým se posudková komise konkrétně vyjádřila.
54. Soud považuje závěry Posudkové komise MPSV vyjádřené v jejím posudku za dostačující a odpovídající obsahu lékařských zpráv. Významné nedostatky posudku nenalezl, posudek je úplný, celistvý a přesvědčivý, proto z něj soud vyšel. O správnosti a úplnosti stanovené klinické diagnózy onemocnění žalobce, jako i o stanovení a řádné zdůvodnění procentní míry poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti žalobce není žádných pochyb. Posudková komise své závěry adekvátně a dostatečně srozumitelně a přezkoumatelně odůvodnila.
55. Soud na základě závěrů posudkové komise neshledal žádnou z námitek důvodnou a žalobu podle § 78 odst. 7 s. ř. s. jako nedůvodnou zamítl.
56. O náhradě nákladů řízení soud rozhodl podle § 60 odst. 1 s. ř. s. Žalobce neměl ve věci úspěch, proto mu náhrada nákladů řízení nenáleží a žalované žádné náklady řízení nad rámec její úřední činnosti nevznikly.

Poučení:

Proti tomuto rozhodnutí lze podat kasační stížnost ve lhůtě dvou týdnů ode dne jeho doručení. Kasační stížnost se podává ve dvou (více) vyhotoveních u Nejvyššího správního soudu, sídlem Moravské náměstí 6, Brno. O kasační stížnosti rozhoduje Nejvyšší správní soud. Pokud svým významem kasační stížnost podstatně nepřesahuje vlastní zájmy stěžovatele, odmítne ji Nejvyšší správní soud pro nepřijatelnost (§ 104a odst. 1 s. ř. s.).

Lhůta pro podání kasační stížnosti končí uplynutím dne, který se svým označením shoduje se dnem, který určil počátek lhůty (den doručení rozhodnutí). Připadne-li poslední den lhůty na sobotu, neděli nebo svátek, je posledním dnem lhůty nejbližší následující pracovní den. Zmeškání lhůty k podání kasační stížnosti nelze prominout.

Kasační stížnost lze podat pouze z důvodů uvedených v § 103 odst. 1 s.ř.s. a kromě obecných náležitostí podání musí obsahovat označení rozhodnutí, proti němuž směřuje, v jakém rozsahu a z jakých důvodů jej stěžovatel napadá, a údaj o tom, kdy mu bylo rozhodnutí doručeno.

V řízení o kasační stížnosti musí být stěžovatel zastoupen advokátem; to neplatí, má-li stěžovatel, jeho zaměstnanec nebo člen, který za něj jedná nebo jej zastupuje, vysokoškolské právnické vzdělání, které je podle zvláštních zákonů vyžadováno pro výkon advokacie.

V Praze dne 18. 4. 2024

Mgr. Kamil Tojner v.r.
soudce

Shodu s prvopisem potvrzuje: Z. F.